

Zur Frage der Durchführung von Regionalanästhesien durch Operateure*

Stellungnahme des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Regionalanästhesie

Eine sachgerechte Versorgung der Patienten für operative Eingriffe verlangt auch für die Schmerzausschaltung entsprechende Qualitätsstandards. Der Entwicklung dieser Qualitätssicherung trugen die Vereinbarungen des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) mit den operativen Fachgesellschaften Rechnung, indem sie neben der Aufgabenteilung auch das Einfließen der aktuellen Standards des jeweiligen Fachgebietes gewährleisteten (H. W. Opperbecke und W. Weißbauer 1991). So formuliert die Vereinbarung mit dem Berufsverband Deutscher Urologen schon 1972: „Auch an den urologischen Abteilungen/Kliniken, welche bisher von der zentralen Anästhesieabteilung aus personellen Gründen noch nicht in vollem Umfang anästhesiologisch betreut werden konnten, wird auf die Dauer die Übernahme sämtlicher Allgemeinbetäubungen und zentraler Leitungsbetäubungen durch den Anästhesisten angestrebt“ (Anästh. Inform. 13 (1972) 219 - 220).

Erfreulicherweise ist dieses damals gemeinsam angestrebte Ziel heute erreicht.

Andererseits besteht seit jeher Einvernehmen, welche Lokalanästhesien vom Operateur durchgeführt werden können. In der Vereinbarung mit dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie von 1984 beispielsweise heißt es: „Bei Eingriffen, die - nach dem jeweiligen Stand der Medizin - üblicherweise in örtlicher Betäubung durch Infiltration des Operationsgebietes oder in einer operationsfeldnahen Regionalanästhesie (z. B. Finger- oder Zehenanästhesie nach Oberst) ausgeführt werden, bleibt die Wahl und Durchführung der Betäubungsverfahren einschließlich der Überwachung der vitalen Funktion in der Regel dem Orthopäden überlassen.“ (Anästh. Intensivmed. 25 (1984) 464 - 466). Da die neue Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in operativen Disziplinen Kenntnisse, Erfah-

rungen und Fertigkeiten in der Lokal- und Regionalanästhesie des jeweiligen Gebietes fordert, ergibt sich die Notwendigkeit zu einer ergänzenden Klarstellung:

Auch aus heutiger Sicht kann kein Zweifel darüber bestehen, daß mit den aktuellen Richtlinien zur Weiterbildung operativer Fachgebiete bei Lokal- und Regionalanästhesien des Gebietes nur solche Anästhesieformen gemeint sind, bei denen keine Auswirkungen auf vitale Funktionen oder gar lebensgefährliche Komplikationen auftreten oder doch zumindest außerordentlich selten sind. Zentrale Nervenblockaden (z. B. Spinal-, Epidural- und andere rückenmarknahe Blockaden) sind stets mit dem Risiko gravierender Auswirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem und dem Risiko der hohen (totalen) Anästhesie belastet, Komplikationen, die u. a. eine sofortige Beatmungstherapie erfordern. Auch proximale Nervenblockaden (z. B. Plexusanästhesien) sind mit verfahrenstypischen potentiell vital bedrohlichen Nebenwirkungen und Komplikationen behaftet, z. B. zerebrale Krampfanfälle, Atemlähmung und schwere Herzrhythmusstörungen bei unbeabsichtigter intravasaler Injektion (Lanz 1994, Biscopig 1994). Demnach geht es bei diesen Methoden nicht nur um die technische Ausführung, sondern auch um Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten zur Prophylaxe, frühzeitigen Erkennung und gegebenenfalls Behandlung solcher Komplikationen bis hin zur kardiopulmonalen Reanimation. Dies schließt die Beherrschung der sachgerechten kontinuierlichen Überwachung vitaler Funktionen, die Vervollständigung inkompletter Blockaden und ggf. den Übergang auf eine Allgemeinanästhesie ein.

Hier ist also vom Arzt nicht nur die Fertigkeit der Überwachung gefordert, sondern die Fähigkeit, pro domi von Veränderungen vitaler Funktionen (Störungen des Rhythmus und der Pumpfunktion

* Anästh. Intensivmed. 37 (1997) 412 - 413

des Herzens, der Zirkulation, des Gasaustausches und der Vigilanz) erkennen und interpretieren zu können, sowie die Fähigkeit zur frühzeitigen und adäquaten Intervention. Nur dies bedeutet Sicherheitsgewinn für den Patienten.

Spezielle Probleme ergeben sich bei einem notwendigen Übergang auf eine Allgemeinanästhesie, z. B. wenn die Blockade unzureichend ist oder der Eingriff unvorhergesehen erweitert werden muß. In diesen Fällen muß der Anästhesist hinzugezogen werden und eine Narkose einleiten, obwohl er den Patienten nicht kennt, keine narokosespezifische Anamnese erhoben hat und den Patienten weder rechtzeitig körperlich untersucht noch über die Risiken der Narkose aufgeklärt hat. Für die präoperative anästhesiologische Risikoabschätzung und zur differenzierten Indikationsstellung für das jeweilige Verfahren der Schmerzausschaltung ist die Beherrschung des gesamten Methodenspektrums von Regional- und Allgemeinanästhesie erforderlich.

Allein das inzwischen vorliegende, umfangreiche Schrifttum (siehe Niesel 1994) zur Erforschung der Pathophysiologie von Leitungsanästhesien, zur Pharmakologie der Lokalanästhetika und zu den klinischen Indikationen für Nervenblockaden belegt, daß die Regionalanästhesie heute nur im Rahmen der Aufgabenteilung zwischen Anästhesist und Operateur fachgerecht und angemessen bewältigt werden kann. Die Übernahme der Doppelverantwortung für den speziellen Eingriff und für die Regionalanästhesie durch den Operateur hat in der Vergangenheit wiederholt zu schwerwiegenden Komplikationen auch nach Regionalanästhesien geführt und Anlaß zu Klärstellungen geboten.

Der Ausschuß „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer hat zum Ausschluß der Doppelverantwortung wie folgt Stellung genommen: „Übereinstimmend vertreten die Gesellschaften und Berufsverbände im Konsens mit der Auffassung des Ausschusses „Ärztliche Weiterbildung“ die Meinung, daß rückenmarksnahen Regionalanästhesien (Spinal-/Periduralanästhesie) bei einem operativen oder diagnostischen Eingriff nicht von dem Arzt durchgeführt werden können, der gleichzeitig den operativen/diagnostischen Eingriff durchführt. Insoweit sind auf rückenmarksnahen Regionalanästhesien

die gleichen Grundsätze wie bei der Frage der Personalunion von Narkotiseur und Operateur bei Allgemeinnarkosen anzuwenden.“ Die medizinischen und forensischen Probleme der Doppelbelastung waren nicht zuletzt Grund für die heute etablierte Arbeitsteilung zwischen Operateur und Anästhesist. Die neuere Rechtsprechung geht zudem davon aus, daß jeder Patient Anspruch auf Leistungen nach Facharztstandard hat. Somit würde sich der Operateur, der solche Verfahren, sei es Allgemein- oder Regionalanästhesie, durchführt, in die rechtlich problematische Position begeben, am anästhesiologischen Facharztstandard - gerade bei Komplikationen und deren Behandlung - gemessen zu werden.

Als Kriterium für eine interdisziplinäre Abgrenzung ist der Bezug zu den vitalen Funktionen entscheidend. Sofern es sich um Methoden handelt, bei denen vorbeugende Maßnahmen gegen Störungen der Vitalfunktionen nicht zwingend und Komplikationen bei sachgerechter Ausführung nicht zu erwarten sind, bestehen gegen die Anwendung durch operative Fachvertreter keine Bedenken.

Zu diesen weniger riskanten Verfahren gehören in erster Linie Infiltrationsanästhesien mit begrenzter Dosis für umschriebene Regionen der Haut, Subkutis, Muskulatur und der Gelenke sowie die peripheren Blockaden einzelner Nerven. Die Anästhesie des Plexus brachialis, die intravenöse Regionalanästhesie u. a. Blockaden dürfen wegen der potentiellen Intoxikationsgefahr bei der erforderlichen Lokalanästhetikagesamtdosis nicht zu den risikoarmen Verfahren gerechnet werden. So hat die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft bei Verwendung von mehr als 25 % der zulässigen Grenzdosis eines Lokalanästhetikums besondere Vorsichtsmaßnahmen gefordert. Daher verlangt beispielsweise auch die Anästhesie des Plexus brachialis wegen der potentiellen Intoxikationsgefahr eine entsprechende Überwachung. Hand- und Fußblockaden, die Retrobulbäranästhesie u. a. würden in einem Grenzbereich liegen. Dazu wurde 1982 in der Vereinbarung über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung des BDA und des Bundes Deutscher Chirurgen ausgeführt: „Wo hier im einzelnen die Grenzen zu ziehen sind, bestimmt sich

nach den Erfordernissen einer rationellen Zusammenarbeit, die Sicherheitsrisiken vermeidet und den speziellen Eingriff und das Betäubungsverfahren nach Möglichkeit dort in einer Hand beläßt, wo sich die Verantwortungsbereiche bei Komplikationen nicht trennen lassen.“ (Anästh. Intensivmed. 23 (1982) 403 - 405).

Diese Abgrenzung ermöglicht es den Operateuren, auch weiterhin Infiltrations- und Lokalanästhesien sowie operationsfeldnahe Nervenblockaden durchzuführen und damit die Anforderungen der Weiterbildungsordnung hinsichtlich der eingehenden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Lokal- und Regionalanästhesie des jeweiligen Gebietes zur Facharztweiterbildung ohne Schwierigkeiten zu erfüllen.

Literatur

1. Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (1985); Lokalanästhetika: Bei Anwendung in der Praxis beachten; Dtsch. Ärzteblatt 8282 : 100.
2. *Biscopig J.*: (1994), Neurophysiologische Wirkungen der Spinal- und Epiduralanästhesie in: Niesel (Hrsg): Regionalanästhesie - Lokalanästhesie - Regionale Schmerztherapie; Thieme, Stuttgart - New York.
3. *Lanz E.*: (1994), Spinalanästhesie in: Niesel (Hrsg): Regionalanästhesie - Lokalanästhesie - Regionale Schmerztherapie; Thieme, Stuttgart - New York.
4. *Niesel H. C.*: (1994), Regionalanästhesie - Lokalanästhesie - Regionale Schmerztherapie; Thieme, Stuttgart - New York.
5. *Opderbecke H. W.* und *Weißauer W.*: (1991); Entschließungen - Empfehlungen - Vereinbarungen. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Anästhesiologie; Bibliomed, Melsungen.

